



TRABAJO FINAL DE MASTER REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN ENFERMEDAD MENTAL COMUNITARIA

“UN PIR PARA EL EMPODERAMIENTO”

ALICIA PORTERO GONZÁLEZ

DNI: 47398129M

Nombre del centro: AFAEPS

Supervisor: José Contreras

Tutor: Mikel Munarriz

Fecha de lectura: 19/11/2015

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN.....	3
2	INFORMACIÓN PRELIMINAR.....	4
3	EVALUACIÓN DESCRIPTIVA.....	5
3.1.	Historia personal y socio-familiar	5
3.2.	Historia clínica.....	10
3.3.	Descripción de síntomas actuales	11
3.4.	Evaluación de las áreas de funcionamiento vital.....	14
4	ANÁLISIS FUNCIONAL.....	15
5	FORMULACIÓN DEL CASO.	17
6	DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN (PIR) Y METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN.	19
6.1.	Diseño del PIR.....	19
6.2.	Devolución del PIR	23
7	RESULTADOS Y OPINION PERSONAL.	24
8	BIBLIOGRAFIA	27
9	ANEXOS.....	28

1 INTRODUCCIÓN

Para la realización del trabajo final de máster por la vía profesional, he elegido realizar un PIR a uno de los usuarios con los que trabaje en el centro en el que realice las prácticas, AFAEPS. Este PIR lo voy a centrar en la adquisición de empoderamiento por parte del usuario.

En el contexto de la salud mental, el empoderamiento se refiere al nivel de elección, influencia y control positivo que los usuarios/as de estos servicios ejercen en las situaciones que acontecen en sus vidas. La clave del empoderamiento es la eliminación de los impedimentos formales e informales, así como la transformación de las relaciones de poder entre individuos, comunidades, servicios y gobiernos.

El empoderamiento es un término que está muy ligado al concepto de recuperación, se trata de que el usuario tome el control y la responsabilidad de sus actuaciones para poder desarrollar las fortalezas, recursos y habilidades que la propia persona posee, con el objetivo de aumentar la influencia en la toma de decisiones sociales y políticas, y consecuentemente aumentar la autoestima del usuario.

Es preciso que tomemos al usuario como un experto en salud mental, capaz de intervenir en su recuperación ya que vive en primera persona las circunstancias y características de la enfermedad mental y de los recursos utilizados para la atención a la salud mental. Con la ayuda y la perspectiva de los usuarios que viven en primera persona la enfermedad seremos capaces de conseguir una atención centrada en las personas.

En el empoderamiento podemos encontrar cuatro dimensiones principales, la primera es la autoconfianza, la necesitan para sentirse capaces de tomar las riendas de su vida, la segunda es la toma de decisiones, tienen que ser capaces de tomar decisiones favorables para ellos esto hará que tengan también más confianza en sí mismos, la tercera es la dignidad y respeto tanto hacia ellos mismos, hacia los demás y de los demás hacia ellos, este punto es importantísimo y por último la pertenencia y contribución a una sociedad más plural.

Para conseguir los objetivos de retomar el control de sus vidas, hay ciertas condiciones que son importantes, que se citan en el documento de la Organización

Mundial de la Salud (OMS), Oficina Regional para Europa. “Empoderamiento del usuario de salud mental” de 2010:

- Esperanza y reto.
- Reclamación de la propia vida.
- Sentimiento de conexión con los demás.
- Entender que las personas tienen derechos.
- Desarrollo de aptitudes que la propia persona define como importantes.
- Transparencia.
- Cambio continuo.

Para la realización de este PIR, comenzaremos haciendo que el usuario coopere en su proceso de rehabilitación, que se implique y opine sobre el manejo de su enfermedad y su plan de rehabilitación individual. Para ello le haremos participe desde el principio de en que va a consistir este PIR aportándole toda la información necesaria sobre las diferentes posibilidades y dándole todas las herramientas para que pueda decidir, podrá aportar sus ideas sobre que le gustaría mejorar, aprender o sobre qué aspectos de su vida le gustaría tomar más control, y no tomaremos ninguna decisión con la que el usuario no esté de acuerdo.

Tendremos que trabajar la autoestima, la autonomía y la responsabilidad, estas tres características son importantes que las adquiera el usuario ya que actualmente son unos de sus puntos débiles y las necesitará para que se vea capaz de realizar todos los cambios que se propongan, también habrá que fomentar el respeto hacia sí mismo ya que es un usuario que presenta bastante autoestigma.

2 INFORMACION PRELIMINAR

A la hora de seleccionar un caso para este trabajo, quería que fuera de un usuario que actualmente estuviera pasando por algún cambio en su vida y sobretodo alguien que necesitase mejorar su empoderamiento para poder tomar juntos las decisiones sobre su PIR, mi tutor me aconsejó este caso en concreto y enseguida vi que era perfecto para este trabajo, se trata un usuario de 36 años, al que llamaremos JRT, lleva 11 años en

AFAEPS y esta diagnosticado de esquizofrenia indiferenciada, depende demasiado de los demás en su día a día, en la mayoría de informes que el centro tiene sobre él señalan que suele cambiar de opinión rápidamente de un extremo a otro es bastante inestable en cuanto a la toma de decisiones además actualmente está pasando por una situación familiar complicada.

En trabajos anteriores que he realizado con este usuario siempre se ha mostrado muy participativo, cuando le comenté que me gustaría hacer este trabajo sobre él se mostró un poco reticente al principio, no quería que ningún dato personal suyo se hiciera público. Le explique en qué consistiría el trabajo y que tanto a mí como a su psicólogo nos parecía que era muy adecuado hacer una revisión de su PIR encaminándolo hacia adquirir un mayor empoderamiento, que el mismo sería el responsable de elaborar conmigo el nuevo PIR conforme a sus necesidades y que por supuesto el anonimato sería absoluto. Le pareció bien participar siempre y cuando no le tomara mucho tiempo ya que su madre se encontraba ingresada en el hospital a causa de un ictus. Acordé con él y junto a mi tutor algunas fechas para vernos, aparte de que yo iba a asistir a las sesiones psicológicas que JRT tenía con mi tutor.

3 EVALUACION DESCRIPTIVA

La información sobre su historia personal y clínica la conseguí mediante una entrevista estructurada y los informes que AFAEPS me facilitó. No puedo adjuntar los informes debido a la política de privacidad del centro.

3.1. Historia personal y socio-familiar

En su infancia JRT asegura ser un niño normal no tenía muchos amigos pero sí que tenía tres amigos de su clase bastante cercanos con los que jugaba al fútbol después de las clases, según su madre sí que jugaba al fútbol con algunos chicos pero le costaba mucho relacionarse.

JRT vivió desde pequeño con su madre, su padre y dos hermanos mayores que él en la misma casa, la relación con sus hermanos siempre ha sido tensa y ha estado caracterizada por muchas peleas, según la madre los hermanos lo tratan diferente por su enfermedad y ella no ha sabido ayudarlo ni imponer normas en la casa. La relación con el padre siempre ha sido buena pero no se veían mucho, por trabajo el padre pasaba largas temporadas fuera de casa.

JRT no solía salir mucho de casa ni realizar actividades de ocio solía estar en casa con su madre y viendo la TV, según él era donde mejor estaba.

En su adolescencia JRT comenzó a juntarse con malas compañías y comenzó a consumir cannabis junto a su grupo de amigos, a salir mucho de fiesta a traspasar y cambiar sus horarios de sueño, se volvió más reservado y con muchos cambios de humores, también gastaba mucho dinero. En 1996 se produce el primer ingreso de JRT por un episodio psicótico inducido por cannabis, a partir de ahí su grupo de amigos comienza a alejarse de él. En los informes se relatan varias peleas de JRT con sus amigos en las que tiene que llegar a intervenir la policía por motivos económicos y de drogas.

Entre 1996 y 2000 se producen varios ingresos de JRT el más largo de dos meses, predominaban los síntomas dominantes del tipo megalomaniaco (aparecen sobre todo cuando consigue su primer trabajo), alto nivel de suspicacia y delirios autorreferenciales. La situación familiar empeoró mucho debido a los problemas que JRT estaba teniendo en el pueblo y a que comenzó a gastar muchísimo dinero de sus padres en consumo de alcohol, locales de alterne, apuestas y lotería. Se distanció mucho de sus hermanos, uno de ellos se casó y tuvo hijos y con el otro no tenía buena relación según JRT porque lo trataban diferente.

Con 19 años consigue su primer trabajo como peón de obra, pero comienza a faltar al trabajo y a los 6 meses le despiden.

Durante los siguientes años continúa teniendo episodios psicóticos agudos con alucinaciones y delirios, que derivan en ingresos. Cada vez sale menos de casa y cuando lo hace muestra elevados niveles de impulsividad que le hacían tener una interacción social en el pueblo inadecuada, poco a poco comienza solo a salir con su madre y cuando lo hace solo continúa gastando mucho dinero. Dice que no quería salir de casa por que cuando lo hacía solía escuchar comentarios despectivos de la gente del pueblo hacia él, una vez incluso llegó a las manos en un supermercado con otro cliente que dice que le insultó.

Finalmente con ayuda psicológica ofrecida desde el centro de salud mental, y el ajuste de la medicación la enfermedad se estabiliza y JRT deja de consumir cannabis y alcohol.

En la familia el único antecedente de enfermedad mental es que la abuela materna tuvo depresiones durante toda su vida.

En 2001, le conceden un 66% de minusvalía, cobra pensión por incapacidad permanente absoluta y con eso se mantiene económicamente.

En 2004, se había estabilizado bastante la enfermedad, sus alucinaciones comienzan a desaparecer, tiene buena adherencia al tratamiento y fue derivado a AFAEPS desde la comisión de derivación de salud mental que se encuentra en el hospital del perpetuo socorro, su entrevista de admisión a AFAEPS se realizó en la extensión de casas Ibáñez. La madre está muy contenta de que asista al centro ya que dice que depende de ella para todo y quiere que se relacione con otra gente.

Comienza a asistir al CRPSL de Albacete a las salidas culturales y al taller de decoración pero suele faltar y tiene problemas para relacionarse con los demás usuarios.

En 2008 tiene su último ingreso en el hospital durante dos días debido a alteraciones conductuales.

Durante su estancia en AFAEPS se saca el graduado escolar y realiza dos cursos de forja. También trabaja durante unos meses de barrendero y como peón de fragua.

En 2010 su padre enferma y tiene que ser ingresado varias veces en el hospital lo que crea en JRT gran ansiedad, finalmente su padre fallece y tiene una fuerte discusión con uno de sus hermanos por la herencia y la policía tiene que asistir al domicilio familiar, desde esa pelea no ha vuelto a hablarse con su hermano que se fue a trabajar a Sudáfrica

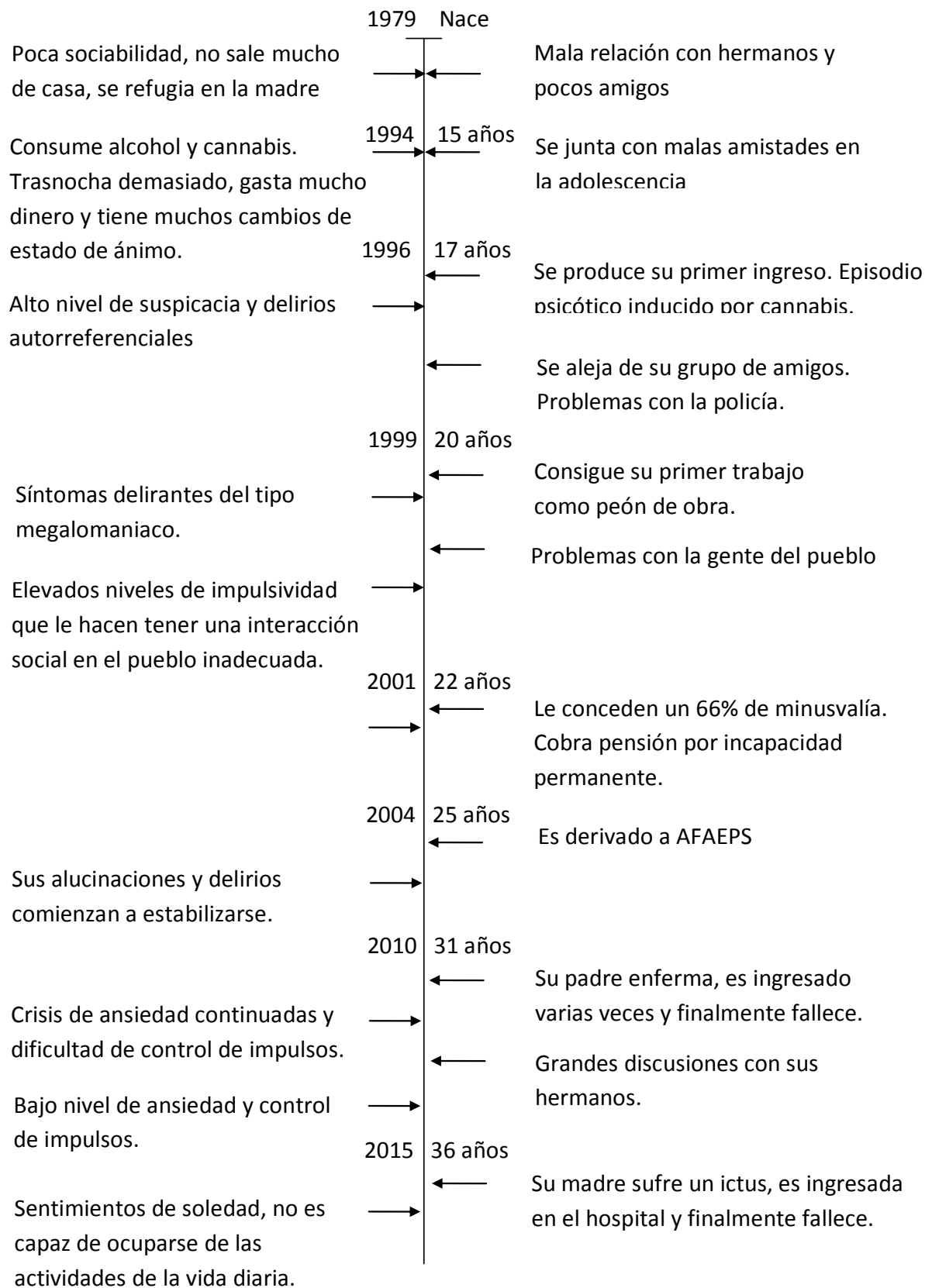
En lo referente al aislamiento JRT dice no querer salir por su pueblo por que la gente le mira y habla de él, está más integrado en AFAEPS, pero sigue dependiendo de la madre para comer, hacer la compra, las tareas del hogar, realizar trámites etc.

Hace dos meses, su madre fue ingresada en el hospital por un ictus, JRT está pasando por una etapa de mucho estrés y de discusiones con el hermano mayor sobre temas económicos y papeleos necesarios sobre la madre, temen que pueda derivar en un ingreso, estuvo varios días sin poder dormir y tuvieron que reajustarle la medicación. Como su hermano volvió de Sudáfrica y no quería tener más problemas con los hermanos pide ayuda a AFAEPS que le facilita una plaza en la residencia comunitaria de AFAEPS, donde permanece una semana después regresa a su domicilio familiar ya

que no quiere acatar las normas de la residencia y dice que prefiere volver a casa. Tras dos semanas su madre fallece y actualmente necesita ayuda domiciliaria para las tareas de la casa y está haciendo grandes gastos ya que era su madre quien le administraba el dinero. La situación con sus hermanos sigue bastante tensa, dice que no sabe que va hacer ahora mismo con su vida.

Factores de predisposición-vulnerabilidad: como factores de predisposición en este caso señalaría la mala relación con los hermanos, la ausencia de normas por parte de la madre, y la falta de presencia del padre en la educación de JRT, también el no tener una red de apoyo social consistente hace que JRT pasara demasiado tiempo refugiado en su familia que no era muy estructurada, en la adolescencia sus amigos eran malas compañías, se metió en muchos problemas por ellos y estos acabaron dejándole de lado, también el consumo de cannabis fue un factor precipitante para la aparición de la enfermedad.

Eventos vitales:



3.2. Historia clínica

El diagnóstico principal: esquizofrenia indiferenciada.

Diagnóstico secundario: consumo de tóxicos.

El inicio de la enfermedad se produce cuando JRT tiene 15 años, es ingresado por un episodio psicótico inducido por cannabis.

Entre los años 1994 y 2000 se producen múltiples ingresos algunos de duración prolongada por episodios psicóticos agudos, con el tiempo ha ido evolucionando a un mayor nivel de estabilidad clínica. Inicialmente eran más intensos los síntomas delirantes tipo megalomaniaco (sobrevaloraba sus capacidades) actualmente es todo lo contrario ha ido adquiriendo autoestigma y baja autoestima, también presentaba en el pasado alto nivel de suspicacia y delirios autorreferenciales, llegando incluso a tener que cambiarle de psicólogo referente en el CRPSL porque pensaba que cualquier gesto de su anterior psicóloga iba dirigido a él, también presentaba altos niveles de impulsividad que le hacían tener una interacción social en el pueblo inadecuada , gastos compulsivos, y consumo de alcohol.

Han sido más frecuentes los episodios de alta ansiedad que los de depresión o sintomatología negativa.

En 2004 JRT es derivado a AFAEPS desde la comisión de derivación de salud mental que se encuentra en el hospital del perpetuo socorro, su entrevista de admisión a AFAEPS se realizó en la extensión de casas Ibáñez.

En el 2008 se produce su último ingreso durante dos días por alteraciones conductuales.

En la última etapa ha ido normalizando toda esa sintomatología mostrándose progresivamente estable con ajustes de tratamiento farmacológico y la atención individualizada del CRPSL pero sigue teniendo muchos problemas de empoderamiento y habilidades sociales. Ha presenta episodios de intensa ansiedad ante acontecimientos vitales estresantes como los ingresos de ambos padres el reparto de sus cuidados en el hospital y sus posteriores fallecimientos.

Actualmente se niega a asistir a ninguna actividad de AFAEPS, dice que no quiere que le vean con el resto de usuarios por la calle y tampoco sale por su pueblo ya que dice que no le gusta relacionarse con la gente de allí porque muchas veces le han insultado.

3.3. Descripción de síntomas actuales

Problemas:

- Autoestigma
- Ausencia de red de apoyo social.
- Déficit en habilidades sociales
- Aislamiento social
- Mala relación familiar.
- Dependencia de la madre.
- Ansiedad
- Ausencia de intereses personales.
- Déficit de estrategias de afrontamiento.
- Escaso empoderamiento.

Analiqué los síntomas actuales de JRT mediante una entrevista semiestructurada y la aplicación de algunos test.

Comenzamos hablando sobre su motivación por el proceso de rehabilitación y me dijo que tenía ganas de que le ayudáramos a cambiar algunas cosas pero que no sabía si sería capaz, lo que demuestra que está motivado pero le falta un poco de autoestima y seguridad en sí mismo. Para medir la autoestima le aplique el test de Rosenberg en el que obtuvo una puntuación de 24 puntos lo que quiere decir que tiene una autoestima baja.

En cuanto a las alucinaciones y delirios hace varios años que no presenta ninguno de esos síntomas asique no le pase ninguna escala.

En su archivo estaba la Escala de evaluación de funcionamiento global que se la habían pasado hace solo 4 meses por lo que no volví a pasársela: obtuvo una puntuación de 61, lo que quiere decir que tiene algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social (sobre todo a la hora de relacionarse con los demás), laboral o escolar, pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales afectivas.

WAIS: su puntuación total está entre 110-114, con lo cual es un nivel de inteligencia medio alto (MA).

Se puede destacar de la escala verbal (puntuación típica total 76) que en aritmética saco una puntuación típica de 16 siendo muy buena puntuación y en la escala verbal (puntuación típica total 63) saco un 16 en la prueba de los cubos.

Escala breve de evaluación de la OMS (WHO/DAS): esta escala tiene como objetivo la evaluación del funcionamiento psicosocial de las personas con enfermedad mental. Los resultados van en una escala que va desde 0 (Ninguna discapacidad) a 5 (Discapacidad Máxima) y mide el último mes, se realizó en 2013: cuidado personal (3), funcionamiento ocupacional en lo referente a trabajos, estudios labores del hogar etc. (4) familia y hogar (3), funcionamiento en el contexto social (3), estos resultados reflejan que tiene grandes problemas en la mayoría de las áreas de funcionamiento. La evolución de su enfermedad es de más de un año.

También le pase el INVENTARIO DE BECK (**anexo 1**) para ver si tenía depresión, obtuvo una puntuación de 9, por lo que se puede decir que el usuario no presenta signos de depresión, ya que el umbral de depresión moderada está en 15.

JRT está pasando por un momento de ansiedad solo con ver su lenguaje corporal se nota, por lo que le pase el STAY (**anexo 2**) que evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona para responder al estrés. En ansiedad estado está en un percentil 10 y en ansiedad rasgo en un percentil 17.

En general diría que el estado del usuario respecto a su ánimo es bueno, pero actualmente está marcado por su preocupación sobre el estado actual de su madre y su cansancio físico.

Su ansiedad rasgo es un poco más alta, y está caracterizada por la poca seguridad que tiene en sí mismo y en su capacidad para resolver problemas.

Actualmente no abusa de ninguna sustancia como el alcohol o el cannabis pero si del tabaco y del café.

Actualmente no tiene una red de apoyo social, tiene algunos compañeros de AFAEPS con los que se lleva bien pero no termina de profundizar en las relaciones según el por qué no sabe qué decir, quizá se equivoque al decir algo o quizá piensen mal de él, sus habilidades sociales están muy limitadas, ya que se ha encerrado mucho en su madre desde que era pequeño y más aun después de que sus amistades se alejaran de él, ahora que su madre falta dice que se siente muy solo y no se ve capaz de llevar una casa, no sabe cómo.

Al preguntarle si le gustaría tener un trabajo o quizá realizar un taller pre-laboral para poder obtener un trabajo, me dice que no cree que se le dé bien nada, excepto cuidar de su huerto y que además no le hace falta por que cobra una pensión. Esto muestra que no tiene mucho interés en realizarse personalmente ni en tener una ocupación laboral.

Uno de los mayores problemas de JRT es la falta de empoderamiento, delegaba todas las decisiones que tenía que tomar en su madre, ella le cocinaba y se encargaba de todas las tareas del hogar. JRT también tiene bastante autoestigma por lo que el mismo se ha hecho a la idea de que como es un enfermo mental no puede trabajar, ni formarse ni ocuparse de ciertas tareas diarias.

- Factores de riesgo y factores de protección:

	Factores de riesgo	Factores de protección
Factores personales	<ul style="list-style-type: none"> -Déficits en habilidades sociales. -déficits en habilidades de afrontamiento. - baja autoestima. - escaso empoderamiento. -mucho autoestigma. 	<ul style="list-style-type: none"> - buena motivación ante la rehabilitación. -ausencia de depresión, buen estado de ánimo.
Factores familiares	<ul style="list-style-type: none"> -perdida de la madre 	<ul style="list-style-type: none"> - asistencia psicológica en

	-mala relación con los hermanos.	CRPSL.
Factores sociales	-ausencia de red social - mucho autoestigma, creado en parte por el rechazo que sufre en su pueblo y por parte de los hermanos. -no tiene una ocupación laboral. -vive solo y no sabe encargarse de la casa.	-tiene soporte económico ya que cobra una pensión. -tiene una casa de la que no tiene que pagar hipoteca ni alquiler.

3.4. Evaluación de las áreas de funcionamiento vital

Para la evaluación de las áreas vitales utilice la entrevista semiestructurada y me base en el modelo de áreas vitales de Fernández blanco (2010).

-Autonomía económica: Actualmente cobra una pensión no contributiva por incapacidad, además va a cobrar un dinero de la herencia de su madre, por lo que económicamente es autónomo.

- Área social y de ocupación del tiempo libre: no tiene una red de apoyo social por lo que sus interacciones con la gente están reducidas al tiempo que está en AFAEPS y lo mismo pasa con la ocupación de su tiempo libre, solo realiza actividades culturales y de ocio con AFAEPS y no muy regularmente. En su pueblo tiene un pequeño huerto del que se encarga como hobby y en el que suele pasar las mañanas cuando no está en AFAEPS.

- Convivencia relaciones familiares y de pareja: actualmente sus únicas relaciones familiares son con sus dos hermanos y es una relación bastante desgastada y tensa por ambas partes. En cuanto a relaciones sentimentales tuvo una relación con una chica cuando tenía 20 años pero que duro menos de un año. Después todas las relaciones que ha mantenido con chicas han sido acudiendo a clubs de alterne, pero en pocas ocasiones.

-Autonomía doméstica: su madre era la encargada de las tareas del hogar y ahora que falta suele comer fuera de casa o comer comida precocinada, en cuanto a la limpieza de la casa la tiene bastante descuidada aunque mantiene un mínimo de higiene, hasta hace poco su hermano ha estado con él en la casa pero ahora que ha vuelto a su trabajo en Sudáfrica se tiene que ocupar el solo. Dice que su hermano le enseñó a poner la lavadora.

- Autonomía en el entorno comunitario. Actualmente acude a las citas con el médico y la psiquiatra él solo, lo que es un gran avance, pero no se ocupa de realizar ningún trámite es la trabajadora social de AFAEPS la encargada de estos asuntos desde que falleció su madre, tampoco suele utilizar ningún medio público en su día a día como podría ser el autobús urbano, tiene coche lo que le da gran autonomía pero no le gusta cogerlo y suele venir en autobús hasta Albacete (su pueblo está muy cerca) pero luego anda hasta AFAEPS y es un trayecto bastante largo pero se niega a coger el autobús urbano.

- Área de cuidado de la salud. En cuanto a su higiene personal acude todos los días a AFAEPS muy bien vestido y aseado, tiene buena salud en general y acude el solo a las visitas médicas. La toma de medicación la realiza adecuadamente el solo sin necesidad de supervisión. Uno de los aspectos negativos de su cuidado de la salud es que se fuma más de una cajetilla de tabaco al día y no tiene intención de dejarlo.

4 ANÁLISIS FUNCIONAL.

En el siguiente cuadro aparecen todas las áreas problema que he detectado en JRT ordenadas jerárquicamente de mayor a menor importancia, junto a los antecedentes de cada problema, la respuesta antes el problema y las consecuencias.

Para la realización de este cuadro tuve una entrevista semiestructurada con JRT en la que le pedí que me dijera cuales creía que eran sus principales problemas, su respuesta fue que ahora mismo su principal problema era que no sabía encargarse de una casa ni cocinar y que se encontraba muy nervioso y solo ahora que su madre no estaba. También le comente cuales creía yo que eran sus principales problemas, algunos coincidían con los suyos y le pedí que me explicase de cada problema como afectaba a su vida diaria.

AREAS PROBLEMA	ANTECEDENTES	CONSECUENCIAS
<p>ESCASO EMPODERAMIENTO</p> <p>(ausencia de actividades de la vida diaria, no se encarga del papeleo, poca autonomía)</p>	<p>-sobreprotección de la madre.</p> <p>- estigma y discriminación sufrido en su entorno</p>	<p>-no sabe cocinar</p> <p>-no se ocupa de las tareas diarias de una casa.</p> <p>-no toma el control de su vida.</p>
<p>AISLAMIENTO SOCIAL Y AUSENCIA DE RED DE APOYO SOCIAL (no tiene un grupo de amigos que le puedan servir de apoyo, no establece relaciones cercanas con la gente,)</p>	<p>-malas experiencias con antiguos amigos.</p> <p>- fallecimiento de la madre.</p> <p>-sobreprotección de la madre.</p>	<p>-se siente solo</p> <p>-no realiza actividades fuera de casa.</p> <p>Estaba acostumbrado a pasar el tiempo con la madre y ahora que no esta no quiere salir de casa.</p>
<p>ANSIEDAD</p> <p>(está alterado y no descansa bien por las noches)</p>	<p>- fallecimiento de la madre.</p> <p>- peleas con sus hermanos tras la hospitalización de la madre</p>	<p>-Se siente nervioso y alterado.</p> <p>-tiene miedo de que esto afecte a su enfermedad y empeore.</p> <p>-no puede dormir por las noches.</p>
<p>MALA RELACION FAMILIAR</p> <p>(no mantiene contacto regular con sus hermanos)</p>	<p>-discusiones desde que eran jóvenes entre los hermanos.</p> <p>- se han alejado con los años de él.</p> <p>-lo han tratado mal en alguna ocasión por su enfermedad.</p> <p>- discusiones por la herencia de sus padres.</p>	<p>-No quiere coincidir con los hermanos.</p> <p>- no tiene apoyo familiar.</p> <p>-se siente menospreciado por sus hermanos y eso le afecta.</p>

AREAS PROBLEMA	ANTECEDENTES	CONSECUENCIAS
AUSENCIA DE INTERESES PERSONALES (no tiene interés por trabajar ni por formarse)	-Cobra pensión por incapacidad permanente - autoestigma.	-se siente poco capaz. -No tiene motivación por autorealizarse.
AUTOESTIGMA	-insultos y burlas por parte de la gente de su pueblo. - burlas por parte de sus hermanos cuando era joven. - cuando empezó con la enfermedad sus amigos le dejaron de lado.	-no quiere salir de casa. -no quiere realizar actividades con los usuarios de AFAEPS. -No se cree capaz de trabajar ni de estudiar.
DEFICIT DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (no sabe cómo actuar o como resolver los problemas)	-sobre protección de la madre. - falta de una figura paterna.	-Delega en los demás las decisiones. - cambia de opinión constantemente. - mira hacia otro lado cuando tiene un problema en vez de resolverlo.

5 FORMULACION DEL CASO.

Hipótesis de origen:

Basándonos en el modelo de vulnerabilidad al estrés, la enfermedad comenzó su fase prodrómica en la adolescencia cuando JRT tenía un ambiente familiar tenso, por las burlas de sus hermanos que generaron una baja autoestima en JRT, la falta de la presencia del padre y la sobreprotección de la madre que generaron un déficit en las estrategias de afrontamiento, esto hizo que JRT se refugiara en nuevas amistades nada recomendables, comenzó a salir mucho por las noches, a cambiar sus horarios de sueño y a consumir marihuana, alcohol a tener excesivos gastos y a tener cambios de humor muy repentinos. Todo estos estresores ambientales unidos a quizá algún tipo de

vulnerabilidad biológica propiciaron el origen de la enfermedad de JRT, produciéndose su primer ingreso en 1994 con alucinaciones y delirios. A partir de aquí la relación con su familia y con sus amigos empeora, presenta gran desorganización conductual, falta de horarios y de pautas y algún problema con la justicia. Sus amigos se alejan de él y en su familia no encuentra el apoyo que necesita por lo que se queda sin red de apoyo únicamente la encuentra en su madre y sigue aislándose socialmente, también continua consumiendo cannabis y alcohol así como gastando mucho dinero en las apuestas todo esto le crea mucha ansiedad y siguen produciéndose ingresos por alucinaciones y delirios. Con el paso del tiempo, la ayuda de la medicación, que nunca se ha negado a tomar y la ayuda psicológica deja de fumar cannabis y de consumir alcohol y su enfermedad se estabiliza un poco, dejar poco a poco de tener alucinaciones y delirios y son los síntomas conductuales los que siguen predominando

Hipótesis de mantenimiento:

Hasta ahora la sobreprotección de su madre le ha hecho carecer de empoderamiento, ahora que su madre falta y no tiene relación con sus hermanos se siente perdido y solo no sabe como encaminar su vida ni ocuparse de las tareas diarias ya que de eso se ocupaba su madre, también continua sin salir a la calle, tanto la falta de empoderamiento como el aislamiento social están propiciados en gran medida por el autoestigma que sigue teniendo y la baja autoestima. Es en parte por la falta de empoderamiento y el autoestigma que tiene que no quiere asistir a las actividades de ocio de AFAEPS ni a las terapias que le podrían ayudar con sus problemas, ya que no quiere que le vean con la gente de AFAEPS para que no le relacionen con ellos.

También el autoestigma y la falta de empoderamiento afectan a su motivación por autorrealizarse personalmente, buscando algún trabajo o continuando con su formación, ya que dice que no cree que sea bueno en nada o que esté capacitado para trabajar. El cobra una pensión por incapacidad permanente y esto le ha limitado mucho, el mismo dice que no le hace falta trabajar porque ya cobra un dinero todos los meses.

Tras redactar las hipótesis, me reuní con JRT para explicárselas, también le dibuje una especie de esquema para explicarle como estaban relacionados los problemas.

JRT añadió que él pensaba que el único factor precipitante de su enfermedad había sido consumir cannabis, pero que conforme se lo había explicado podía ser que también

hubiese influido su relación familiar. También me hizo varias preguntas sobre el significado de empoderamiento, y le pareció bien.

6 DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN (PIR) Y METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN.

Para el diseño del PIR antes tuve una reunión con JRT en la que debatimos cuales serian los principales objetivos a cumplir, y cuáles son las actividades que le gustaría realizar, también le di mi punto de vista sobre actividades que creía que le serian muy beneficiosas, las debatimos todas ellas hasta que ambos estuvimos de acuerdo en la totalidad de objetivos y actividades a realizar. En esta reunión JRT se mostró un poco nervioso me preguntó directamente si yo creía que funcionaria y el sería capaz de realizar todas esas actividades, era evidente que el mismo tenía sus dudas.

6.1. Diseño del PIR

MEJORA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA				
OBJETIVOS ESPECIFICOS	CP	MP	LP	ACTIVIDADES/INTERVENCION
Adquirir, Mejorar, Mantener HABILIDADES DE AUTONOMÍA				Programa de AVD. Programa de intervención en el domicilio
<ul style="list-style-type: none"> Aseo y organización de la vivienda 	X			Trabajara estos puntos con la terapeuta ocupacional teóricamente y luego acudirá con un monitor a su casa a realizar las tareas hasta que ya no necesita ayuda.
<ul style="list-style-type: none"> Manejo de la ropa: realización de la colada y planchado 	X			Realizará la colada bajo supervisión de un monitor hasta que ya no sea necesaria su ayuda.
<ul style="list-style-type: none"> Cocinar: Planificar menú, compra de ingredientes y preparación del plato 		X		Acudirá a hacer la compra con uno de los monitores hasta que aprenda a

				<p>hacerla sin supervisión.</p> <p>En septiembre comenzará a ir a un curso de cocina gratuito que imparte el ayuntamiento y al que muchos otros usuarios han asistido.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Uso adecuado de los electrodomésticos 		X		<p>Al principio un monitor acudirá a su domicilio a supervisar la preparación de las comidas y explicarle el uso de los electrodomésticos. También en el curso aprenderá como utilizarlos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Planificación y mejora de gastos e ingresos 	X			<p>Programa de gestiones. Acudirá una vez por semana a este programa individual con la terapeuta ocupacional, para mejorar en la gestión de sus ahorros, y sus gastos mensuales.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento y utilización adecuado de los medios de transporte 	X			<p>Un monitor acudirá por las mañanas a su casa para recogerlo y explicarle el uso del autobús urbano, irán juntos en autobús a AFAEPS y así también se asegurará de que asista al centro a su hora.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Realización de trámites burocráticos 	X			<p>Cuando tenga que hacer trámites burocráticos la trabajadora social y la terapeuta ocupacional le explicaran cuales son los pasos que tiene que seguir, algún voluntario o alguna persona de prácticas del centro le acompañará en las primeras ocasiones para supervisarle</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado personal responsable (sexualidad, cuidado propio cuerpo...) 		X		<p>Ya que en ocasiones JRT acude a locales de alterne, la terapeuta ocupacional y el</p>

				psicólogo se ocuparan de informarle y recordarle la importancia de la utilización de métodos de protección sexual.
--	--	--	--	--

OCIO Y TIEMPO LIBRE				
OBJETIVOS	CP	MP	LP	ACTIVIDADES/INTERVENCIÓN
Orientación en actividades de ocio y tiempo libre e incrementar la autonomía y la ocupación del tiempo libre.	X			Programa de ocio. Asistir a diferentes actividades de ocio que organiza AFAEPS por las tardes destinadas a entrenarles en el reconocimiento de situaciones de ocio gratificantes y adaptadas a sus recursos y habilidades.
Potenciar los intereses de ocio pasados.		X		Programa de deporte. Asistir a los entrenamientos y torneos que organiza el equipo de futbol de AFAEPS, ya que a él de joven le gustaba mucho jugar al futbol.

MEJORAR HABILIDADES SOCIALES				
OBJETIVOS	CP	MP	LP	ACTIVIDADES/INTERVENCIÓN
Mejorar HHSS BÁSICAS adecuadas (comunicación, peticiones, expresión de emociones).	X			Terapia grupal de habilidades sociales. Programa de participación ciudadana para que practique sus habilidades sociales en un entorno natural. Programa de actualidad. Leen las noticias diarias y debates sobre ellas mejorando las habilidades conversacionales.

Adquirir/ Mejorar una adecuada ASERTIVIDAD personal.	X			Cambio de esquemas y comportamientos no asertivos. Mediante autorregistros identificar los comportamientos y pensamientos no asertivos y cambiarlos por otros mediante exposición role playing y práctica en el entorno natural.
Adquirir/ Mejorar técnicas de manejo y SOLUCIÓN DE CONFLICTOS.	X			Terapia individual con el psicólogo de solución de problemas y técnicas de afrontamiento.
Adquirir Y Motivar habilidades para las RELACIONES INTERPERSONALES.	X			Terapia de grupo de habilidades sociales.
Adquirir/ Mejorar HH en el ÁMBITO LABORAL Y DE BÚSQUEDA DE EMPLEO.		X		Taller grupal de realización de currículos y busca online de ofertas de trabajo. Taller prelaboral de carpintería.

AUMENTAR EL AUTOCONTROL EMOCIONAL				
OBJETIVOS	CP	MP	LP	ACTIVIDADES/INTERVENCION
Disminuir el nivel de ANSIEDAD	X			Terapia icónica. Individual. Técnicas de relajación guiadas por el psicólogo. Individual.
Aumentar la AUTOESTIMA y el AUTOCONCEPTO		X		Terapia icónica. individual
Racionalizar los PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y AUTOMATICOS. Mejorar el CONTROL DE		X		Programa de autocontrol emocional y manejo del estrés.

IMPULSOS.				
-----------	--	--	--	--

MEJORAR LA RELACION FAMILIAR				
OBJETIVOS	CP	MP	LP	ACTIVIDADES/INTERVENCIÓN
Fomentar la comunicación entre los hermanos		X		Sesiones individuales con familia y usuario para habilidades de comunicación Programa de psicoeducación de familias.
Evitar el criticismo entre usuario y hermanos			X	
Evitar la hostilidad. Entre usuario y hermanos			X	

6.2. Devolución del PIR

Tras el diseño del PIR me reuní con JRT y le mostré el PIR, con los objetivos propuestos y las actividades, le explique en qué periodo comenzaría cada actividad cuales eran los objetivos a cumplir a corto plazo, a medio plazo y a largo plazo. Creo que al principio se vio abrumado por tanta información pero lo vi más motivado que en la reunión anterior.

Como durante la realización del PIR ya nos habíamos reunido varias veces y habíamos puesto en común las áreas problemas y le había explicado las hipótesis de mantenimiento y los objetivos prioritarios a tratar, me centré en explicarle cuales serian las actividades a realizar para conseguir estos objetivos.

El principal problema que encontró JRT fue el asistir con el resto de usuarios a actividades fuera del centro, le pedí al psicólogo encargado que interviniera para ayudarme a que se comprometiera a asistir, ya que comentarios como “no quiero que me vean con ellos”, “la gente va a pensar mal de mí” o “no sé hablar con ellos” fueron

frecuentes en la mayoría de entrevistas que tuve con JRT. Finalmente se comprometió a asistir a las salidas y a cumplir con los horarios establecidos para las terapias.

7 RESULTADOS Y OPINION PERSONAL.

Los resultados solo puedo medirlos a corto plazo ya que después de la realización del PIR de JRT solo continué en el centro siguiendo el caso un mes más, y termine mis prácticas.

En cuanto a las AVD, ha mejorado, ha establecido muy buena relación con el monitor que acude a casa, por lo que llevan buen ritmo de trabajo.

Ya sabe hacer la colada solo, también se encarga de realizar las tareas del hogar, mantener la casa recogida y limpia etc., pero todo esto lo hace bajo supervisión. En septiembre comenzó el curso de cocina y aunque no se cocina el mismo en casa, ha asistido a todas las clases y tiene buena disposición a aprender a cocinar ya que ha entendido que es totalmente necesario para su vida diaria.

Ha asistido a varias sesiones de gestión de gastos, pero ha hecho varios derroches de dinero en el último mes. Por las mañanas un monitor acude a su casa, para enseñarle a coger el autobús y asegurarse de que acude al centro la primera semana se negó a asistir pero finalmente está asistiendo y conoce el funcionamiento del autobús, aunque sigue utilizándolo bajo supervisión. Su nivel de empoderamiento que era algo de lo que más nos preocupaba ha sido uno de los primeros objetivos que se han comenzado a tratar, se puede decir que ha aumentado un poco pero aun le queda un largo camino para completar todos los objetivos del PIR, aunque ese pequeño aumento ya se puede notar en su estado de ánimo.

Para aumentar las actividades de ocio se eligieron algunas para que JRT asistiera, una salida al teatro y otra a ver un partido de baloncesto, asistió a ambas pero se mostró muy reservado con el resto de usuarios, aun no ha comenzado a asistir a los

entrenamientos del equipo de futbol de AFAEPS, esperarán hasta que esté un poco más integrado en el centro.

En cuanto a las habilidades sociales todas las mañanas acude al taller de actualidad, no suele participar mucho pero poco a poco va integrándose, también una tarde en la semana acude a la terapia de habilidades sociales pero de momento solo ha asistido a tres por lo que es pronto para notar una evolución. Ha comenzado a llevar un autorregistro de sus comportamientos poco asertivos que comenta todas las semanas con el psicólogo no suele registrar muchos comportamientos pero ha comprendido finalmente el funcionamiento del registro ya que al principio le costaba y no apuntaba nada.

Para reducir la ansiedad ha comenzado a trabajar con el psicólogo con terapia icónica y también técnicas para relajarse que suele poner en práctica por las noches en su casa.

Respecto a la familia todavía no se ha intervenido por que es muy pronto, pero más adelante el psicólogo se pondrá en contacto con ellos para ver si están de acuerdo en acudir a terapia para poder mejorar la situación familiar.

Un mes es muy poco tiempo para poder evaluar ningún resultado, pero de momento va avanzando poco a poco y parece que está comprometido.

En mi última reunión con el ya teníamos mucha confianza entre ambos, me dio las gracias y me dijo: “estoy más animado por qué me he dado cuenta de que puedo hacer cosas solo y me hace bien salir más de casa para no pensar tanto todo el día”. Asique ya solo si he ayudado a conseguir que se encuentre mejor, me doy por satisfecha aunque aun quede mucho por hacer con JRT.

Como opinión personal añadiré que por lo que he conocido a JRT lo he visto bastante motivado para cambiar aspectos de su vida, sobre todo en lo referente a actividades de la vida diaria, ya que el mismo es consciente de que necesita mayor nivel de empoderamiento, pero también le he visto desistir y cambiar de opinión muy rápido algunas veces asique espero que pueda ser constante.

En general estoy contenta porque aunque no pueda ver la evolución a largo plazo, está realizando mas actividades de las que en un principio pensé que querría o podría hacer y es que muchas veces somos nosotros mismos los profesionales los que

menospreciamos inconscientemente las capacidades de los usuarios por miedo a forzarles demasiado.


Me gustaría agradecer al centro que hayan puesto a mi disposición todos los medios a su alcance para que pueda elaborar este trabajo y llevarlo a la vida real con JRT, para mí ha sido una gran experiencia.

8 BIBLIOGRAFIA.

- Blanco, A., Navarro, D. y Pastor, A. (2010). Evaluación funcional y diseño del plan individualizado de rehabilitación. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords) Manual de rehabilitación del trastorno mental grave. Madrid: Editorial Síntesis.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). Guía de Práctica Clínica sobre Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Fernández-Blanco JI (2002). Evaluación y plan individualizado de rehabilitación (PIR). En González Cases J y Rodríguez A (coord.) Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. Madrid. Cuaderno técnico de servicios sociales nº 17.

9 ANEXOS.

Anexo 1:



GUÍA DE EVALUACIÓN DEL PSICÓLOGO: CUESTIONARIOS

INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

A	0	No me siento triste.
	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Me siento triste.
	2	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
	3	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
B	<input checked="" type="checkbox"/> 0	No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
	1	Me siento desanimado de cara al futuro.
	2	Siento que no hay nada por lo que luchar.
	3	El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
C	0	No me siento fracasado.
	<input checked="" type="checkbox"/> 1	He fracasado más que la mayoría de las personas.
	2	Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
	3	Soy un fracaso total como persona.
D	<input checked="" type="checkbox"/> 0	Las cosas me satisfacen tanto como antes.
	1	No disfruto de las cosas tanto como antes.
	2	Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
	3	Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.
E	0	No me siento especialmente culpable.
	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Me siento culpable en bastantes ocasiones.
	2	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
	3	Me siento culpable constantemente.

GUÍA DE EVALUACIÓN DEL PSICÓLOGO: CUESTIONARIOS

F	<input checked="" type="checkbox"/> 0	No creo que esté siendo castigado.
	1	Siento que quizá esté siendo castigado.
	2	Espero ser castigado.
	3	Siento que estoy siendo castigado.
G	0	No estoy descontento de mí mismo.
	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Estoy descontento de mí mismo.
	2	Estoy a disgusto conmigo mismo.
	3	Me detesto.
H	0	No me considero peor que cualquier otro.
	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
	2	Continuamente me culpo por mis faltas.
	3	Me culpo por todo lo malo que sucede.
I	0	No tengo ningún pensamiento de suicidio.
	<input checked="" type="checkbox"/> 1	A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
	2	Desearía poner fin a mi vida.
	3	Me suicidaría si tuviese oportunidad.
J	<input checked="" type="checkbox"/> 0	No lloro más de lo normal.
	1	Ahora lloro más que antes.
	2	Lloro continuamente.
	3	No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
K	<input checked="" type="checkbox"/> 0	No estoy especialmente irritado.
	1	Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
	2	Me siento irritado continuamente.
	3	Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

GUÍA DE EVALUACIÓN DEL PSICÓLOGO: CUESTIONARIOS

L ☒ 0 No he perdido el interés por los demás.

1 Estoy menos interesado en los demás que antes.

2 He perdido gran parte del interés por los demás.

3 He perdido todo interés por los demás.

M ☒ 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.

1 Evito tomar decisiones más que antes.

2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

3 Me es imposible tomar decisiones.

N ☐ 0 No creo tener peor aspecto que antes.

1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.

☒ 2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.

3 Creo que tengo un aspecto horrible.

N ☒ 0 Trabajo igual que antes.

1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.

2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.

3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

O ☒ 0 Duermo tan bien como siempre.

1 No duermo tan bien como antes.

2 Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir.

3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir.

P ☒ 0 No me siento más cansado de lo normal.

1 Me canso más que antes.

2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.



Q ☒ 0 Mi apetito no ha disminuido.

1 No tengo tan buen apetito como antes.

2 Ahora tengo mucho menos apetito.

3 He perdido completamente el apetito.

R 0 No he perdido peso últimamente.

☒ 1 He perdido más de 2 Kg. Estoy tratando intencionalmente

2 He perdido más de 4 Kg. damente de perder peso co

3 He perdido más de 7 Kg. miendo menos; Si... No...

S ☒ 0 No estoy preocupado por mi salud.

1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar del estómago, catarras, etc.

2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.

3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

T ☒ 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.

1 La relación sexual me atrae menos que antes.

2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.

3 He perdido totalmente el interés sexual.

P = 9

De 15 a 24, depresión moderada

De 24 a 30, depresión fuerte

Más de 30, depresión grave

Anexo 2:

GUÍA DE EVALUACIÓN DEL PSICÓLOGO: CUESTIONARIOS

STAI (E)

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE VD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	nada	algo	bastante	mucho
— 1. Me siento calmado	0	1	2	3
— 2. Me siento seguro	0	1	2	3
+ 3. Estoy tenso	0	1	2	3
+ 4. Estoy contrariado	0	1	2	3
— 5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
+ 6. Me siento alterado	0	1	2	3
+ 7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
— 8. Me siento descansado	0	1	2	3
+ 9. Me siento angustiado	0	1	2	3
— 10. Me siento confortable	0	1	2	3
— 11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
+ 12. Me siento nervioso	0	1	2	3
+ 13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
+ 14. Me siento muy atado (como oprimido)	0	1	2	3
— 15. Estoy relajado	0	1	2	3
— 16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
+ 17. Estoy preocupado	0	1	2	3
+ 18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
— 19. Me siento alegre	0	1	2	3
— 20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

REHABILITACIÓN Y APOYO COMUNITARIO PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

STAI (R)

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE VD. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	casí nunca	a veces	a menudo	siempre
— 21. Me siento bien _____	0	1	2	3
+ 22. Me canso rápidamente _____	0	1	2	3
+ 23. Siento ganas de llorar _____	0	1	2	3
+ 24. Me gustaría ser tan feliz como otros _____	0	1	2	3
+ 25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto _____	0	1	2	3
— 26. Me siento descansado _____	0	1	2	3
— 27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada _____	0	1	2	3
+ 28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas _____	0	1	2	3
+ 29. Me preocupa demasiado por cosas sin importancia _____	0	1	2	3
— 30. Soy feliz _____	0	1	2	3
+ 31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente _____	0	1	2	3
+ 32. Me falta confianza en mí mismo _____	0	1	2	3
— 33. Me siento seguro _____	0	1	2	3
+ 34. No suelo afrontar las crisis o dificultades _____	0	1	2	3
+ 35. Me siento triste (melancólico) _____	0	1	2	3
— 36. Estoy satisfecho _____	0	1	2	3
+ 37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia _____	0	1	2	3
+ 38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos _____	0	1	2	3
— 39. Soy una persona estable _____	0	1	2	3
+ 40. Cuando pienso sobre asuntos actuales, me pongo tenso y agitado _____	0	1	2	3